



**RAPPORT ANNUEL
2009-2010
CSSS de
Dorval-Lachine-LaSalle**

Centre de santé et de services sociaux
de Dorval-Lachine-LaSalle



Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2009-2010 du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- Présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus ;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion, ainsi que les contrôles afférents à ces données, sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.



Yves Masse
Directeur général

Table des matières

Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général.....	4
Présentation de l'organisation.....	6
Organigramme.....	7
Affaires générales.....	8
Activités d'appréciation de la qualité.....	8
Communications.....	9
Suivi du plan de mise en œuvre des projets cliniques	9
Direction du programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement - Déficience physique (PPALV - DP)	10
Direction des programmes Famille-Enfance-Jeunesse, Santé mentale, Santé publique.....	11
Direction des soins infirmiers, des pratiques professionnelles et du programme Santé physique.....	14
Direction des services professionnels.....	16
Direction des ressources humaines.....	18
Direction des services techniques et des installations matérielles.....	20
Direction des ressources financières et informationnelles	21
États des résultats du fonds d'exploitation pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.....	22
Charges brutes par secteur d'activités.....	23
Bilan au 31 mars 2010.....	24
Le rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.....	25
Le suivi des attentes administratives et des ententes de gestion.....	28
Les conseils et comités créés en vertu de la Loi.....	39
Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....	42



Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général

Au Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS DLL), nous croyons fermement que chaque action et chaque geste comptent et peuvent faire toute une différence dans l'expérience de chaque individu qui a recours à nos services. Sans faire une énumération exhaustive des dossiers en cours, permettez-nous de souligner les réalisations cliniques et administratives qui ont retenu notre attention cette année.

Nous avons actualisé notre mission, notre vision, nos valeurs et nos principes de gestion. Ces assises ont permis de solidifier les bases de notre identité en tant que CSSS et de préciser les fondements qui guideront nos pratiques, nos décisions et nos comportements en vue d'offrir des soins et des services sécuritaires et de grande qualité à notre population.

Cet automne, notre CSSS a obtenu le statut d'organisme agréé ce qui n'aurait pas été possible sans le travail intense, sérieux et soutenu de nombreux intervenants du CSSS. Nous en sommes très fiers d'autant plus que cette accréditation rejailit sur toute l'organisation.

Par ailleurs, la mobilisation et l'implication de l'ensemble des membres de la direction autour du dossier de la pandémie A(H1N1) et du support à la population haïtienne méritent d'être soulignées. Pour notre CSSS, la campagne de vaccination de masse a été la première du genre à être organisée sur le territoire et a fait l'objet d'une planification rigoureuse pendant de nombreuses semaines. Toutes les directions ont été mises à contribution afin de mettre en place la structure de nos deux centres de vaccination. Aussi, toujours dans le but d'offrir un service de qualité à la clientèle, notre CSSS a ouvert une clinique de grippe au CLSC de Dorval-Lachine. L'objectif d'une telle clinique était d'évaluer, de diagnostiquer et de traiter la clientèle présentant des symptômes d'allure grippale (SAG). Les transformations physiques se sont réalisées dans des temps records grâce à la participation des équipes concernées. Tous les maillons de la chaîne ont été bien attachés, et ce, dans un seul souci de rendre à la population de Dorval, de Lachine et de LaSalle un service de qualité.

Nous sommes également très satisfaits de la conclusion de l'entente de partenariat avec les chirurgiens de l'Hôpital général juif de Montréal (HGJ). Grâce à cette entente, l'Hôpital de LaSalle pourra augmenter ses activités chirurgicales, en plus de consolider ses équipements, tout en constituant un très bel exemple de partenariat pouvant être développé au sein du réseau public de la santé.

Le Centre d'hébergement de Lachine a ouvert une unité spécifique de type 1. Cette unité se définit par rapport à une clientèle en perte d'autonomie présentant des troubles de comportement. La fréquence et l'intensité des comportements, de même que l'importance de l'encadrement requis, ont justifié l'orientation de la clientèle vers cette unité spécifique. Cette réalisation contribue à améliorer de façon concrète les services auprès des personnes en perte d'autonomie sur notre territoire.

En 2009, l'accent a été mis sur le dossier de l'agrandissement de l'urgence de l'Hôpital de LaSalle. Ce projet, de plus de 25 M \$, avance à grands pas. Toujours dans la continuité des dossiers de réaménagement, celui de la pharmacie de l'Hôpital de LaSalle n'a pas été négligé. En effet, depuis la formation de notre CSSS, la vocation du Département de pharmacie s'est élargie, en plus d'offrir des services pharmaceutiques à l'ensemble de la clientèle de l'Hôpital de LaSalle. Le Département de pharmacie assure également ceux du Centre d'hébergement de LaSalle et les besoins ponctuels des CLSC de LaSalle et de Dorval-Lachine. De plus, l'automatisation représente un nouveau défi pour la pharmacie et

Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général (suite)

l'acquisition des équipements requis exige le réaménagement des locaux et la réorganisation du travail.

L'agrandissement du CLSC de Dorval-Lachine de 1114 mètres carrés a permis une meilleure organisation des services de première ligne, en plus d'offrir sous le même toit des services en santé mentale.

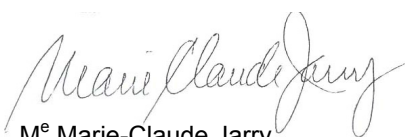
Le nouveau portrait populationnel du territoire du CSSS fut lancé publiquement au mois de mars dernier dans le cadre de l'élaboration du plan d'action local en santé publique 2010-2015. Nous observons que les besoins de notre population sont grands, et ce, à plusieurs niveaux.

Parmi les dossiers qui ont retenu notre attention, celui de la prévention des infections au sein des établissements de santé et de services sociaux est devenu, à juste titre, un souci de tous les instants. Afin de maintenir sans relâche cette mobilisation, de nouvelles actions sont constamment mises en place au sein de l'établissement. À cet égard, une campagne de sensibilisation sur l'hygiène des mains a été mise de l'avant dans le CSSS.

Fait important à souligner, l'ensemble des défis et des réalisations a été réalisé dans le respect de la cible budgétaire. Grâce aux efforts constants de chaque intervenant du CSSS DLL, nous annonçons que l'année se termine avec un léger surplus. Nous mettons tout en œuvre pour prioriser les ajustements budgétaires requis tout en maintenant le niveau de services offerts à notre clientèle, et ce, dans le continuum de qualité que l'on exige de nous.

Nous invitons tous nos partenaires, professionnels, travailleurs de la santé, bénévoles et gestionnaires à se joindre à nous pour qu'ensemble nous prenions mieux soin des nôtres.

En terminant, nous tenons sincèrement et chaleureusement à remercier les directeurs, les gestionnaires, les employés, les médecins et les bénévoles qui répondent quotidiennement aux besoins de la population et à souligner leur contribution inestimable au sein de notre établissement de santé.



M^e Marie-Claude Jarry
Présidente du conseil d'administration



Yves Masse
Directeur général

Présentation de l'organisation

Le CSSS DLL est formé de l'Hôpital de LaSalle, du CLSC de Dorval-Lachine, du CLSC de LaSalle, du Centre d'hébergement de Dorval, du Centre d'hébergement Nazaire-Piché, du Centre d'hébergement de LaSalle et du Centre d'hébergement de Lachine.

La mission, la vision et les valeurs sont propres à chaque CSSS. Pour notre CSSS, elles sont les suivantes:

Mission

Promouvoir la santé, le bien-être, et la contribution active de la population du territoire du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle en orchestrant les soins de santé et de services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Vision

D'ici 2013, être reconnu dans le réseau comme une organisation centrée sur les besoins émergents de sa population et un établissement de proximité qui repose sur des partenariats solides et qui se distingue par l'excellence de ses soins et services dans le continuum de vie, son expertise régionale en périnatalité et la qualité de son milieu de travail.

Valeurs

Le CSSS a trois valeurs externes et six valeurs internes :

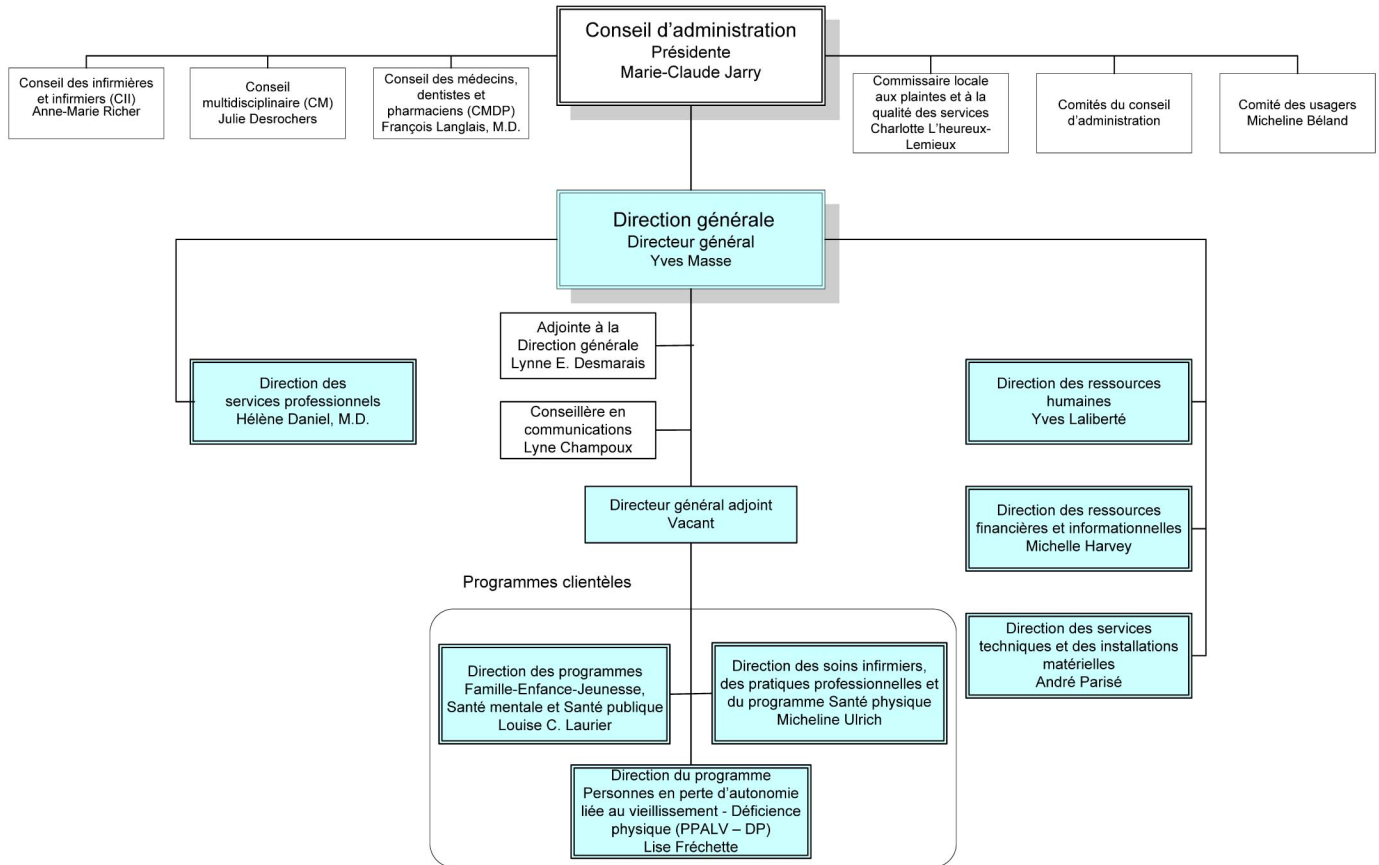
Valeurs externes :

- Engagement
- Respect
- Responsabilisation

Valeurs internes :

- Respect mutuel
 - Transparence
 - Travail d'équipe
 - Équilibre travail-vie privée
 - Reconnaissance
 - Adhésion
-

ORGANIGRAMME



2010.03.31



Affaires générales

Entente de gestion et d'imputabilité

Le conseil d'administration a entériné l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec l'Agence de la santé et des services sociaux pour l'année 2009-2010.

Cette entente précise les engagements réciproques, conformément à l'article 182.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et ce, en vue d'améliorer l'efficacité du système et d'adapter l'offre de services dispensés à la population.

Protocoles et ententes de services

Le CSSS DLL peut et doit convenir de protocoles et d'ententes de services avec ses partenaires afin de compléter sa propre gamme de services ou d'aider les partenaires à atteindre la leur.

Dans ce contexte, nous avons convenu les ententes et protocoles suivants :

Dans le cadre d'une tournée de classes de l'organisme Réseau-Ado, nous avons signé une entente avec l'école secondaire Cavelier-de-LaSalle au sujet de la santé mentale des jeunes afin que deux intervenants de notre CSSS assurent un filet de sécurité lors des rencontres et suite à celles-ci.

En début d'année, l'Hôpital général juif et l'Hôpital de LaSalle ont convenu d'une entente interétablissement laquelle est supportée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Cette entente permettra dorénavant à l'Hôpital de LaSalle d'augmenter ses activités chirurgicales et de consolider ses équipements.

Plan directeur clinique et immobilier

Au cours de l'année 2009-2010, notre CSSS s'était donné le mandat de mieux cerner l'évolution des besoins de sa population en lien avec une hiérarchisation des services. Dans un contexte de responsabilité populationnelle, le CSSS a l'obligation d'offrir et de planifier, pour le futur, des soins et des services qui respectent les meilleures pratiques, les orientations régionales et ministérielles, l'équilibre budgétaire et l'optimisation de l'utilisation des ressources. Or, une meilleure adaptation des espaces et de l'offre de services des divers programmes aux besoins émergents de la clientèle ne pouvait se réaliser sans entreprendre une démarche de consultation auprès des principaux acteurs. Ainsi, une dizaine d'équipes interdisciplinaires ont été créées avec tout le personnel œuvrant dans notre CSSS incluant les médecins, pour réfléchir sur l'évolution des programmes clientèles, en fonction des besoins de la communauté, en tenant compte des caractéristiques de la population et du territoire. Cette démarche a

donné lieu à la réalisation d'une quarantaine de rencontres sous forme d'échanges et d'entretiens ou de tables rondes.

De plus, un comité stratégique a été mis sur pied avec la participation des chefs de départements médicaux. Au terme de ce mandat, notre CSSS détient un plan directeur clinique immobilier (PDCI) qui illustre sur un horizon de dix ans, les projections démographiques, les principaux enjeux stratégiques, la programmation des services en fonction des clientèles cibles, des services offerts, des volumes anticipés, des ressources et des partenariats requis.

Activités d'appréciation de la qualité

Agrément

Notre CSSS a réalisé également plusieurs activités d'appréciation de la qualité et de la gestion des risques dans le cadre du suivi des recommandations d'Agrément Canada, mais aussi, en ce qui concerne des processus prioritaires. Notamment pour la création d'une culture de sécurité, l'utilisation des médicaments et la prévention des infections. Ainsi, notre CSSS, en définissant sa mission, sa vision et ses valeurs, a adopté la sécurité sous forme de priorité stratégique. Cela s'est traduit par un souci constant de positionner la sécurité et l'amélioration de la qualité au centre des activités de soins et de services offerts à notre population.

L'organisation s'est dotée d'un plan de mise en œuvre pour instaurer l'établissement du bilan comparatif des médicaments de même qu'une politique et des outils adaptés pour identifier le risque, établir le meilleur schéma thérapeutique, produire le bilan et analyser les divergences. Un projet pilote a été réalisé au service de l'urgence avec la collaboration interdisciplinaire des pharmaciens, des infirmières et des médecins. Tous ont reçu des séances de formation pour assurer le succès de ce projet.

Notre CSSS a effectué une revue globale de nombreux processus liés à la gestion des médicaments avec le bilan comparatif des médicaments, les méthodes de stérilisation, la manipulation des déchets biomédicaux, l'entretien des équipements médicaux, le stockage, l'entreposage, le transport des fournitures médicales, l'aménagement sécuritaire des locaux et le consentement aux soins, l'identification de la clientèle donnant lieu à l'adoption de douze politiques qui encadrent les pratiques cliniques et de gestion, afin d'assurer une prestation de soins et de services sécuritaires pour notre clientèle.

Notre CSSS a ainsi déployé des efforts considérables pour soutenir ses activités d'appréciation de la qualité qui se sont couronnées par l'obtention de son accréditation par Agrément Canada.

Éthique

L'adoption du code d'éthique, par le conseil d'administration de notre CSSS, a permis d'établir les contours des comportements attendus par notre personnel lors de la prestation des soins et des services et de guider les décisions en lien avec la gouvernance clinique et stratégique. Ainsi, le comité d'éthique clinique a pris son envol et réalisé cinq réunions en abordant des préoccupations liées à l'encadrement juridique de la décision de soins, au consentement aux soins, à la stérilisation ou non des personnes souffrant de déficience intellectuelle et à la cessation de l'alimentation en fin de vie.

Gestion des risques et de la qualité

En tout dernier lieu, la gestion des risques demeure aussi une préoccupation constante pour l'organisation, car ce volet s'inscrit dans le programme d'amélioration continue de notre CSSS, celui-ci constituant le fondement de la visite d'agrément. Les rapports de déclaration des incidents et des accidents ont, cette année encore, permis d'analyser la fréquence, la gravité et les tendances liées aux événements indésirables qui se sont produits dans notre CSSS. Les types de risques les plus fréquents sont liés à la prestation des soins entourant les événements médicamenteux, les chutes et les erreurs d'identification.

Par conséquent, le développement d'une culture de sécurité incite tout le personnel à participer étroitement au processus de déclaration des incidents et accidents afin de mettre en place les mesures correctives qui s'imposent pour réduire les risques et promouvoir la vigilance individuelle et organisationnelle, comme un levier pour améliorer la qualité des soins et des services à la population.

Communications

En 2009-2010, l'équipe des communications a travaillé en collaboration avec plusieurs directions au développement de plans de communication, au soutien de leurs stratégies et à la réalisation de leurs activités au sein de notre CSSS. À titre d'exemple, mentionnons le plan de communication relatif à l'agrandissement de l'urgence de l'hôpital, le plan de communication qui a été réalisé afin de promouvoir un modèle de gouvernance qui s'appuie sur des valeurs de respect, d'intégrité, de confidentialité, etc.

De plus, la mobilisation et l'implication de l'équipe des

communications autour du dossier de la pandémie A(H1N1) et du dossier « support à la population haïtienne » méritent d'être soulignées et reconnues.

Aussi, afin de maintenir des liens avec la communauté, l'équipe des communications a régulièrement fait la promotion des services de notre CSSS pour sensibiliser la population et accroître la visibilité de l'organisation.

Notre CSSS a participé à la mise en place de certains projets d'envergure, notamment avec l'assemblée générale annuelle et le nouveau site web. Aussi, l'équipe des communications de notre CSSS a poursuivi l'uniformisation des outils de communication et amorcé la démarche de la nouvelle signature de l'organisation.

Suivi du plan de mise en œuvre des projets cliniques

Jeunes en difficulté

L'augmentation de la réussite éducative avait été la priorité retenue dans le cadre du projet clinique *Jeunes en difficulté* réalisé il y a trois ans. Depuis, plusieurs actions en ce sens ont été posées. L'approche « *École et milieu en santé* » (EMS) a été déployée à l'école secondaire Dalbé-Viau, en collaboration avec le personnel de l'école et des organismes communautaires lachinois. La priorité ciblée est l'augmentation de la fierté à fréquenter l'école et un plan d'action a été rédigé et mis en œuvre en ce sens au cours de l'année.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED)

Encore cette année, cinq ateliers de formation ont été offerts aux partenaires du réseau (réadaptation et multisectoriel).

Dépendance

Afin de s'assurer des mécanismes liaisons entre les différents intervenants, une personne responsable a été nommée.

Santé mentale

La table de coordination en santé mentale s'est réunie à trois reprises avec les partenaires du réseau communautaire et intersectoriel. Les résultats sont un meilleur arrimage de nos services avec le guichet d'accès en santé mentale adulte. Ces rencontres solidifient nos partenariats.

Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

La Table sectorielle de prévention de l'abus et de la maltraitance prévoit des formations de dépistage et

d'interventions à ses membres et aux intervenants en collaboration avec la Table d'abus clinique du CSSS. Les deux Tables se sont rencontrées à plusieurs reprises durant l'année en collaboration avec les organismes communautaires et l'accueil centralisé de notre CSSS. Nous avons pu mettre en place un mécanisme de référence spécifique pour les cas d'abus et de négligence.

Service posthospitalier

Suite au sondage fait auprès de la clientèle ayant été desservie par le programme de guichet d'accès en soins post hospitaliers, les résultats nous démontrent une grande satisfaction des usagers quant aux services reçus par notre CSSS.

Direction du programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement - Déficience physique (PPALV - DP)

Soutien en milieu de vie non institutionnel et déficience physique

Dans un esprit de continuité, notre direction a poursuivi, en 2009-2010, les travaux initiés en vertu de l'harmonisation des services offerts et des pratiques professionnelles dans les différentes installations.

Nous avons, en conséquence, consenti des efforts significatifs qui se sont soldés par une diminution de la main-d'œuvre indépendante, tout en révisant de façon globale le contenu de nos programmes dans le cadre de la vaccination populationnelle.

En guise de complément, nous avons fait une mise à jour du guide d'attribution des services en aide à domicile et l'intégration de l'équipe des services de psychogériatrie ambulatoire.

La clientèle desservie au soutien à domicile pour le territoire de notre CSSS s'élève à 6040 usagers différents au 31 mars 2010 et, de cette proportion, 4350 constituent des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

De nouveaux projets et des services pour les aînés du territoire se sont ajoutés au cours de la dernière année grâce au travail concerté des aînés, des acteurs locaux et du support de l'organisation communautaire.

Voici quelques exemples :

- Le projet « **Dérangez-moi S.V.P.** » de la Table des aînés de LaSalle, vise à contribuer à la sécurité des aînés vivant en résidences (carton à mettre devant leur porte);

- **La Navette Or LaSalle** est un service de transport collectif de la STM disponible trois jours semaine;

- L'activité « **Parlez-nous de vous** » du Centre du Vieux Moulin de LaSalle nous donne une meilleure connaissance des besoins des aînés grâce à la diffusion des résultats de **La recherche-action**;

- La création d'une table de travail en support aux proches aidants du territoire du CSSS DLL.

Un des événements majeurs a été la création de la Table des aînés de Lachine en octobre dernier. La table a pour mission de travailler à améliorer la qualité de vie des aînés de Lachine par la mobilisation des principaux acteurs de la communauté.

Afin d'améliorer leurs services, les centres de jour ont créé un groupe de stimulation cognitive à Lachine, ils ont acquis un nouveau véhicule adapté pour le transport des usagers à Dorval et ont fait divers projets d'artisanat avec la clientèle pour embellir les murs de nos établissements.

Encore une fois, cette année, plusieurs activités spéciales ont eu lieu lesquelles ont suscité une grande participation, beaucoup d'émotion et ont été des succès (exemples : les olympiades, les conférences policières sur les invasions à domicile et la fraude ainsi que des activités intergénérationnelles).

En tant que partenaire, nous avons commencé le processus d'évaluation de la qualité des services du côté des ressources intermédiaires (RI) en place. Nos actions concertées sont davantage axées sur les besoins des usagers et des familles. Des travaux additionnels visant à faire l'analyse des dossiers afin de diminuer le taux de transfert des personnes hébergées en RI ont permis d'obtenir des résultats bénéfiques et porteurs pour l'avenir.

Soutien en milieu de vie institutionnel

En juin 2009 a eu lieu, en collaboration avec le comité des usagers, l'application du sondage de la satisfaction de la clientèle dans les cinq installations d'hébergement. La compilation des données et l'analyse des résultats ont été déposées en octobre 2009. Les résultats ont permis de mettre à jour le **Plan d'action local pour un milieu de vie de qualité** de chacune des installations d'hébergement du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle.

Le 28 avril 2009 avait lieu l'ouverture officielle de l'unité prothétique du Centre d'hébergement de Dorval suite à une rénovation majeure. Des travaux de rénovation ont également été faits au Centre

d'hébergement Nazaire-Piché pour aménager de nouvelles salles à manger, les postes de soins et la laverie.

L'ouverture d'un nouveau programme clientèle, soit une unité spécifique de 21 places, a eu lieu en octobre 2009. Parallèlement, nous avons procédé au déménagement des résidents du 5^e et 6^e étages nord du Centre d'hébergement de Lachine à l'ex-hôpital de Lachine pour permettre ces travaux de rénovation au Centre d'hébergement de Lachine. Ces projets ont demandé beaucoup d'énergie en préparation : rencontres avec les résidents, familles, réorganisation du travail et formations spécifiques pour le personnel (Formation Oméga et Approche optimale).

Un autre programme clientèle a également été implanté au Centre d'hébergement de Lachine, soit le programme d'évaluation/orientation (Programme 68). Ce programme d'hébergement en lit d'évaluation et d'orientation est un service d'hébergement à court terme pour des usagers au profil PPALV dont le retour à domicile est fortement compromis suite à un épisode de soins aigus dans un hôpital dont l'unité de soins de longue durée est en transformation. Dix places doivent être développées dans ce programme. Actuellement, nous en avons trois.

L'épisode de grippe A(H1N1) à l'automne a également mobilisé nos sites d'hébergement pour la vaccination des résidents, du personnel ainsi que pour l'opération régionale « Débordement 0 ».

Un changement de pharmacie pour les centres d'hébergement de Dorval, Nazaire-Piché et de Lachine a été fait en décembre 2009 et janvier 2010.

Notons l'implantation du système automatisé et robotisé de la distribution des médicaments (SARDM) pour la longue durée de l'Hôpital de LaSalle et au Centre d'hébergement de LaSalle en mars 2010.

La planification de l'ouverture d'une ressource intermédiaire de 200 places (Les Pavillons LaSalle) pour avril 2010 avec cinq profils clientèles différents (déficience physique, déficience cognitive avec risque de fugue, déficience visuelle, personnes âgées et problèmes de santé mentale) a mobilisé l'équipe pendant plusieurs mois.

La formation provinciale « Agir auprès de la personne âgée » a débuté en 2009. Tous les préposés aux bénéficiaires des centres d'hébergement seront formés d'ici octobre 2010.

L'implantation du Plan thérapeutique infirmier (PTI) s'est terminée en mai 2009.

Cette année, des concerts de la Société des arts en milieux de santé ont eu lieu une fois par mois dans nos sites d'hébergement. Ceux-ci ont été grandement appréciés par nos résidents.

Direction des programmes Famille – Enfance – Jeunesse, Santé mentale, Santé publique

Services Famille – Enfance – Jeunesse, Santé mentale, Santé publique

Unité familiale des naissances

L'unité familiale des naissances (UFN) termine l'année 2009-2010 avec 3 330 accouchements, soit le plus grand volume d'activités enregistré depuis son ouverture en 1961. C'est dans ce contexte d'augmentation des naissances et de pénurie soutenue des ressources infirmières que l'ensemble des intervenants de l'UFN a su maintenir un souci constant de la qualité des soins offerts et de la sécurité de la clientèle.

Par ailleurs, il importe de souligner l'apport considérable du personnel infirmier de l'UFN qui, porté par son engagement et son dévouement, permet quotidiennement d'assurer les effectifs requis pour répondre aux besoins de la clientèle, ceci permettant même de ne pas avoir recours aux heures supplémentaires obligatoires, une mesure pourtant très répandue à travers la spécialité obstétricale.

Devant ce contexte, l'UFN a mis sur pied un comité stratégique visant à assurer la révision de l'ensemble des processus en place, tant sur le plan organisationnel, clinique, médical et des ressources humaines. Cette révision a déjà permis de revoir plusieurs procédures et d'élaborer de nouvelles stratégies qui contribueront à améliorer les conditions actuelles de l'ensemble des intervenants et par conséquent, pour la clientèle.

L'équipe médico-nursing de l'UFN amorce maintenant la deuxième année du programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) portant sur la communication et la collaboration multidisciplinaire. Constatant les bénéfices de cette formation suite à la première année, entre autres, par une cohésion plus importante de l'ensemble des professionnels, c'est avec grand intérêt que nous souhaitons poursuivre la démarche

d'amélioration de nos connaissances et de nos interventions.

Finalement, c'est également avec beaucoup de compassion que nous avons procédé à l'élaboration d'un programme de deuil périnatal. Ce changement émerge du vécu de notre clientèle et cible l'ensemble des besoins exprimés par plusieurs familles endeuillées. L'UFN priorisera donc, durant la prochaine année, la formation et l'implantation du programme de deuil périnatal auprès de l'ensemble de l'équipe, afin d'assurer l'harmonisation des pratiques à cet égard.

Petite enfance (0-5ans)

La collaboration à la vaccination de la grippe A(H1N1) n'a pas affecté de façon significative les suivis auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité grâce aux efforts redoublés de chaque membre de l'équipe.

La vaccination des nourrissons est demeurée une priorité pour le Programme petite enfance et nous sommes heureux d'avoir mis en œuvre cette année la collaboration infirmières/infirmières auxiliaires en accueillant dans nos équipes deux infirmières auxiliaires. Elles collaborent à notre réussite dans l'atteinte de nos cibles en matière de délais vaccinaux.

De plus, ayant deux installations accréditées "Amis des bébés", nous sommes fiers de mentionner que nous avons une moyenne de 86.7% d'allaitement (bébés ayant reçu du lait maternel lors de notre premier contact).

Enfin, l'équipe en petite enfance a complété leurs visites auprès des centres de la petite enfance (CPE) avec lesquels nous avons des protocoles. Ces visites avaient pour but d'améliorer, de maintenir et de consolider notre étroite collaboration avec ces partenaires du milieu et d'appuyer ces ressources dans leurs activités auprès des familles.

Services généraux à la jeunesse

Malgré le délestage en milieu scolaire des infirmières en faveur de la vaccination contre la pandémie A(H1N1), en novembre et en décembre 2009, celles-ci ont respecté le calendrier vaccinal prévu pour les élèves et ont continué d'assumer l'initiation à la contraception ainsi que les activités de dépistage des maladies infectieuses transmises sexuellement. L'introduction d'infirmières auxiliaires dans les équipes de vaccination scolaire a maximisé les rôles de chacune. De plus, les hygiénistes dentaires en milieu scolaire ont commencé à recevoir de la formation à la Direction de santé publique pour appliquer des

scellants aux jeunes enfants ciblés dans le plan d'action dentaire national. Parallèlement, les travaux se poursuivent afin d'élaborer avec les partenaires concernés un plan d'action sur tout le volet «École et milieu en santé» (EMS).

Services spécifiques à la jeunesse, Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)

Depuis le printemps 2009, le programme spécialisé de stimulation précoce a permis de constituer trois groupes pour les enfants et leurs parents. Ce programme s'adresse à des enfants chez qui l'on soupçonne un diagnostic de trouble global du développement. De plus, les psychoéducatrices sont de plus en plus en lien avec les milieux de garde afin de sensibiliser ces derniers aux besoins spécifiques de la clientèle.

Pour ce qui est du comité de mise en place d'une pratique concertée de préparation aux grandes transitions de vie, un sous comité TÉVA (travail-école-vie-active), s'adressant aux adolescents-adultes prêts à envisager l'avenir, a travaillé et finalisé un dépliant pour sensibiliser et rejoindre cette clientèle. Le dépliant est prêt à être utilisé par les partenaires, il est prévu un arrimage avec les communications des commissions scolaires qui sont à mettre en place une structure pour dépister ces jeunes et organiser les plans de service.

De plus, un dépliant bilingue explicatif des services offerts par le programme DI-TED est maintenant disponible et remis à la clientèle et aux partenaires.

Une aide financière, répartie entre la DI, les TED et la DP, est offerte pour le soutien aux familles. Conséquemment, 407 usagers ont reçu des services en 2009-2010, tandis que 371 avaient reçu des services de soutien pour la période 2008-2009. Le nombre de familles ayant reçu de l'aide s'élève à 313 en 2009-2010 tandis que 286 familles avaient reçu les mêmes services pour 2008-2009.

Jeunes en difficulté

Dans le cadre de la mise en place de mesures prévues au plan stratégique du MSSS, les actions de notre CSSS, en lien avec nos partenaires des centres jeunesse et les organismes du milieu, ont contribué au soutien direct aux familles. En conséquence, deux camps ont eu lieu à l'été 2009 et à l'hiver 2010 afin de permettre le développement des habiletés parentales, fournir un cadre de loisirs privilégié aux parents et aux enfants et tisser un réseau social pour les parents.

Un nouveau groupe de parents d'adolescents a vu le jour au cours de l'année au CLSC de Dorval-Lachine, en collaboration avec un intervenant de l'école secondaire Dalbé-Viau. Au total, trois groupes de parents d'adolescents ont été rencontrés au cours de l'année dans les deux CLSC, deux en français et un en anglais. Ces activités servent à améliorer les rapports entre les parents et leurs adolescents.

Le service *Crise ado famille enfance* (CAFE) a été mis sur pied depuis le mois de septembre 2009. Offert dans les 12 CSSS de Montréal, ce service consiste à offrir aux familles en crise une intervention immédiate à domicile afin de désamorcer la crise individuelle et familiale. En utilisant la crise comme levier de changement, l'intervenant CAFE contribue au maintien des jeunes dans leur famille offrant ainsi une alternative à l'utilisation du signalement ou du placement. Une équipe de quatre intervenants assure une garde à tour de rôle et intervient dans les familles dans un délai de deux heures.

À l'intérieur des actions concernant le quartier Airlie-Bayne à LaSalle, un groupe d'entraide pour les femmes immigrantes a été formé au cours du printemps 2009 et sera reconduit au printemps 2010. Ce groupe, animé par deux intervenantes de l'équipe Famille – Enfance - Jeunesse, est une série de huit rencontres qui visent à briser l'isolement, créer un sentiment d'appartenance et promouvoir l'entraide.

Services psychosociaux généraux et santé mentale adulte

L'équipe du programme des services psychosociaux généraux a travaillé à harmoniser le service d'accueil psychosocial dans les deux CLSC pour permettre une orientation efficace vers les services de consultation psychosociaux ou vers les services spécifiques. Six cents usagers ont obtenu des services psychosociaux généraux.

Déjà un an que notre programme de santé mentale adulte est en développement. Au cours de l'année 2009-2010, notre guichet d'accès a fonctionné à pleine capacité et a amené nos professionnels à rencontrer plus de 1000 usagers pour des services en santé mentale. Un cadre de référence a été réalisé pour assurer un cheminement et une prise en charge adéquate de la clientèle.

Dans notre CSSS, nous poursuivons l'implantation et le développement du plan d'action en santé mentale.

Nous travaillons en étroite collaboration avec les omnipraticiens dans la communauté, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, les psychiatres

répondants et les professionnels des organismes communautaires du territoire pour assurer une accessibilité et un continuum de services de santé mentale de première ligne.

Le 11 décembre 2009, notre CSSS a organisé une journée de formation et de réseautage avec tous nos professionnels et partenaires. La compilation des résultats de l'évaluation de cette journée nous confirme que les 110 participants ont apprécié la formation en santé mentale et le réseautage. Notre infirmière de liaison en santé mentale continue son travail de professionnelle répondante auprès des omnipraticiens des cliniques médicales, GMF de Dorval, les urgences des hôpitaux de LaSalle, de Lachine et les partenaires internes et externes. Les retombées de son travail à l'urgence de l'Hôpital de LaSalle sont majeures et contribuent à l'excellence des résultats. Nous avons noté une réduction de 57 % des séjours de 48 heures et plus sur civière en santé mentale.

Santé publique et mesures d'urgence

Plus que jamais, ces programmes ont été mis à contribution durant la dernière année financière notamment à l'égard de la planification et de l'organisation de cette vaste campagne de vaccination populationnelle contre la grippe A(H1N1). Ce fut une occasion privilégiée de mettre en œuvre et d'actualiser notre plan de lutte contre la pandémie d'influenza. Notre CSSS a mis en place simultanément deux centres de vaccination de masse afin d'assurer la plus grande accessibilité possible à cette protection, et ce, pour l'ensemble de notre population. Avec plus de 80 000 personnes vaccinées, représentant une proportion de 53% de notre population, nous pouvons être fiers de ces résultats réalisés grâce à la collaboration remarquable de nos équipes de professionnels et de bénévoles.

Notre CSSS a également été interpellé pour collaborer à l'opération Haïti à l'aéroport de Montréal par l'entremise de nos intervenants psychosociaux, en soins infirmiers et au niveau de la coordination du centre opérationnel. Cette mesure d'urgence en sécurité civile répondait à une demande ministérielle de tout mettre en œuvre afin de soutenir l'ensemble des ressortissants canadiens victimes du séisme en Haïti.

Conformément à nos obligations légales, nous avons entrepris la démarche d'élaboration de notre plan d'action local en santé publique dans le respect des six orientations régionales. Des travaux sont en cours par sous-groupes afin d'identifier nos priorités d'action 2010-2015 avec la collaboration et le soutien de tous

nos partenaires des milieux communautaires et intersectoriels. Ce projet mobilisateur au sein de notre CSSS monopolisera les équipes de toutes les directions, et ce, au bénéfice de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Maturité scolaire

Suite au Sommet local sur la maturité scolaire qui a eu lieu le 22 janvier 2009 et en lien avec les priorités retenues par l'ensemble des partenaires concernés par le développement des tout-petits, une activité de concertation s'est déroulée au printemps dernier afin de s'approprier l'outil «*Passage*» développé par les milieux scolaires et les centres de petite enfance. Une soixantaine d'intervenants des milieux concernés ont participé à cet événement visant à favoriser les arrimages entre les CPE et l'entrée scolaire des enfants en maternelle.

De plus, notre CSSS participe activement à une recherche de l'Institut national de la santé publique (INSPQ) qui vise à évaluer les retombées positives à l'égard des mécanismes de concertation des divers partenaires du Sommet local sur la maturité scolaire.

Direction des soins infirmiers, des pratiques professionnelles et du programme Santé physique

Programme Santé physique

Dans la lancée de la formation offerte dans notre CSSS, le programme Santé physique a donné une formation sur « le plan thérapeutique infirmier ». Cette formation permet aux infirmiers et infirmières d'identifier les problématiques de soins pour lesquels ces derniers doivent prescrire des soins et des traitements particuliers.

Programme SARDM

Le programme SARDM, qui concerne l'implantation et le déploiement des cabinets de distribution de médicaments au programme Santé physique, est en fonction à l'Hôpital de LaSalle autant en courte durée qu'en longue durée. L'implantation et le déploiement se poursuivent dans les autres installations de notre CSSS et doivent se terminer incessamment.

Ce programme implique la collaboration du département de pharmacie et la Direction des soins infirmiers, des pratiques professionnelles et du programme Santé physique.

Programme du système de mesures de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

Au cours de l'année, la mise en place d'un comité de travail SMAF a vu le jour. Le but de ce comité était d'harmoniser la politique « Maintien de l'autonomie fonctionnelle » avec le tableau de soins SMAF et d'outils complémentaires pour l'ensemble des installations de longue durée. Cinq rencontres ont eu lieu durant l'année.

L'implantation du système s'est poursuivie à l'ensemble du Centre d'hébergement de LaSalle. Ceci a permis une refonte d'outils répondant au fonctionnement local de ce centre d'hébergement (profil alimentaire, plan de travail PAB, pictogrammes, etc.) dont un outil précieux qui a été développé, soit un cartable-cadre sur les modalités de fonctionnement sur l'approche favorisant le maintien de l'autonomie des résidents ainsi que des moyens favorisant la continuité des soins.

Préceptorat

Afin de permettre aux infirmières et aux infirmières auxiliaires ayant moins de trois ans d'expérience de soir et de nuit d'acquérir les compétences nécessaires à une pratique sécuritaire et efficace selon les normes en vigueur, un recensement a été effectué en ce qui concerne les outils actuellement utilisés dans les centres d'hébergement. Par la suite il y a eu, au cours de l'année, la rédaction préliminaire d'un guide harmonisé d'intégration de l'infirmière auxiliaire en hébergement.

Programme AGIR

En début d'année 2010, notre CSSS a offert un programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires en hébergement travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. L'objectif du MSSS est de combler l'écart entre les compétences acquises dans le cadre de la formation initiale et les compétences requises en fonction de l'évolution actuelle des clientèles, de l'organisation du travail et des services offerts dans les établissements. Ce programme s'étend sur plusieurs mois et permet à 340 préposés aux bénéficiaires du CSSS de consolider leurs connaissances.

LE CII

L'année 2009-2010 a permis la relance du conseil des infirmières et infirmiers (CII) et la reprise des activités au niveau du comité exécutif du CII (CECII) ce qui implique la présence, au sein du comité exécutif, de la présidente du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA). L'activité principale a été d'organiser les assemblées générales annuelles.

Les développements cliniques et de gestion au niveau des pratiques professionnelles

L'arrivée en poste de la conseillère au développement des pratiques professionnelles au sein de notre CSSS a permis d'obtenir les stages demandés pour les professionnels de la santé, autres qu'infirmières, en formation, de faire le suivi des formations suivies par l'ensemble des professionnels pour notre CSSS et de soutenir la pratique au besoin.

L'année 2009-2010 a permis la relance du conseil multidisciplinaire. Le conseil a notamment mis à jour le fonctionnement en vertu des règlements internes. De plus, la venue du conseil a permis à l'organisation une journée-conférence au sujet de l'inaptitude pour les professionnels et médecins de notre CSSS.

Le conseil multidisciplinaire s'est beaucoup impliqué lors de l'Opération Haïti grâce à la mise en place du rôle de superviseur, de la participation de ce dernier au comité de travail des mesures d'urgence volet psychosocial. Cela a aidé grandement à établir et assurer un suivi auprès des professionnels intervenants à l'Opération Haïti



Direction des services professionnels

Le recrutement médical demeure au cœur de nos préoccupations. Depuis un an, nous avons recruté sept spécialistes et cinq omnipraticiens pour assurer les responsabilités hospitalières en CLSC et en hébergement.

Le secteur de la pharmacie poursuit les travaux en lien avec le projet provincial d'automatisation et de robotisation de la distribution des médicaments (SARDM). Au cours de l'année, par le biais de la Fondation de l'Hôpital de LaSalle, nous avons acquis une ensacheuse automatique qui a été installée en octobre 2009. De plus, l'acquisition et le déploiement de nouveaux chariots de distribution de médicaments ont permis de consolider de nouveaux processus et protocoles visant une sécurité optimale dans la distribution des médicaments aux clientèles de courte durée et de longue durée. Des travaux visant l'agrandissement et le réaménagement des locaux de la pharmacie centrale à l'Hôpital de LaSalle sont en cours. Le début des travaux de construction est prévu au printemps 2010. Finalement, il importe de souligner que notre

CSSS a procédé à un appel d'offres pour la conclusion d'une entente avec une pharmacie d'officine privée pour les soins et services pharmaceutiques aux Centres d'hébergement de Lachine, de Dorval et Nazaire-Piché.

En imagerie médicale, la révision de l'analyse de faisabilité a permis de concrétiser l'implantation de la résonance magnétique dans notre CSSS. La mise en fonction de ce nouveau service diagnostique est prévue au printemps 2011. L'organisation poursuit ses travaux en vue de numériser toute l'imagerie médicale.

Aux laboratoires, le centre de prélèvements a continué de voir progresser son achalandage. L'augmentation des volumes chirurgicaux et des accouchements a contribué à une hausse des analyses de laboratoire de toutes sortes.

Une réorganisation administrative au sein de notre CSSS a conduit à l'intégration du service de l'accueil des CLSC dans la structure de gestion de la Direction des services professionnels. La

L'effectif médical

Hôpital de LaSalle	
Spécialistes	42
Omnipraticiens	46
CLSC et Centres d'hébergement	
Omnipraticiens	23

Direction des services professionnels (suite)

nomination de la chef du service d'accueil et responsable local de l'accès aux services spécialisés a permis à l'organisation de consolider les activités rattachées à la gestion des listes d'attentes en chirurgie. La présence d'une responsable de l'accès a de plus permis de répondre aux demandes de l'Agence et du MSSS en matière de gestion des temps d'attentes. Le taux de réalisation de 97 % de nos chirurgies dans un délai de moins de 6 mois témoigne des efforts consentis.

Les archivistes ont contribué aux travaux des comités de l'évaluation de l'acte médical du CMDP. Ces comités se sont réunis à 17 reprises au cours de l'année 2009-2010. Les comités impliqués visés sont le comité central d'évaluation de l'acte médical et les sous-comités suivants : médecine, périnatalogie, chirurgie, gynécologie, anesthésie et pharmacologie.

Le secteur de prévention des infections s'est intégré en cours d'année à l'équipe de la DSP. Ce secteur a été fortement sollicité en temps de pandémie pour l'application de toutes les mesures d'urgence.

Au cours de l'année 2009, l'équipe de prévention des infections a procédé à l'élaboration d'une politique visant la prise en charge de patients porteurs de tuberculose.

L'équipe de prévention des infections exerce une surveillance quotidienne et a constitué un tableau de bord mensuel pour le suivi des infections à bactéries multirésistantes, la surveillance provinciale du clostridium difficile, la surveillance provinciale des bactériémies à staphylocoque aureus et à staphylocoque aureus résistant à la méthicilline, la gastroentérite, l'influenza saisonnier et l'influenza pandémique A(H1N1). L'équipe surveille mensuellement des plaies de pressions. La présence de trois conseillères nous a permis d'organiser et de dispenser plusieurs formations en prévention des infections pour les professionnels, le personnel, les stagiaires, les bénévoles et les proches aidants de nos clients. Une campagne nationale sur l'hygiène des mains a été amorcée en 2009-2010.

Services diagnostiques de la Direction des services professionnels

Clientèles desservies en 2009-2010	Nombre de clients
Radiologie générale	19 650
Échographies générales	8 707
Échographies obstétricales	3 020
Échographies gynécologiques	1 515
Échographies cardiaques	2 121
Tomodensitométrie axiale	8 835
Centre de prélèvements	53 835

Direction des ressources humaines

Au cours de l'année 2009-2010, la Direction des ressources humaines a procédé à une révision de son offre de services et à un repositionnement de la gestion des ressources humaines au sein de notre CSSS. Pour ce faire, nous avons entrepris de transformer le rôle des gestionnaires de notre direction en développant une approche de rôle-conseil ayant pour mandat d'influencer les actions vers l'atteinte des objectifs organisationnels. Nous avons également entrepris une réorganisation administrative des services constituant notre direction. Ces services sont les suivants :

- Dotation, planification de la main-d'œuvre et développement organisationnel;
- Gestion des activités de remplacement;
- Relations avec le personnel (rémunération, avantages sociaux, systèmes d'information et relations de travail);
- Santé et sécurité du travail.

Nous avons procédé à la révision du rôle et des responsabilités des différents acteurs de notre direction et avons développé une approche axée sur le service à la clientèle en misant, notamment, sur le support aux gestionnaires. Ainsi, les gestionnaires peuvent compter sur le support et l'expertise d'une conseillère en gestion des ressources humaines pouvant les appuyer dans leurs activités de gestion.

De plus, notre CSSS a entrepris une démarche favorisant le développement des habiletés de gestion, l'identification du rôle attendu et sur les conditions d'exercice des cadres. Bien qu'amorcé en 2008-2009, ce volet fera l'objet de travaux au cours de la prochaine année.

Dotation, planification de la main-d'œuvre et développement organisationnel

Dans un souci d'accroître la disponibilité de la main-d'œuvre et de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans notre CSSS, nous avons mis sur pied un comité de travail dont le mandat consiste notamment à répertorier et identifier les actions et les mesures structurantes pouvant être mises en place pour atteindre ces objectifs. Un plan d'action a été élaboré et il est en cours de réalisation.

Nous avons également entrepris de faire le bilan des résultats obtenus dans le cadre du processus sur la titularisation. Ce processus visait à garantir à toutes les infirmières une garantie minimale de travail correspondant à quatre jours de travail par période de deux semaines. L'élaboration d'un plan d'action nous permet de suivre périodiquement les résultats obtenus et d'identifier les ajustements à apporter.

Gestion des activités de remplacement

Le processus de centralisation des activités de remplacement amorcé l'an dernier a été complété, ce qui a permis d'accroître notre efficacité et d'offrir un service répondant davantage aux besoins des gestionnaires.

Les activités reliées à la pandémie ont grandement sollicité ce secteur d'activités tant au niveau de la planification des effectifs que sur le plan de la disponibilité de la main-d'œuvre. Les efforts consacrés ont porté fruit puisque nous avons pu compter sur un nombre suffisant de personnes pour assurer un service de qualité à la population de notre territoire.

Relations avec le personnel

Nous avons entrepris, dans notre CSSS, le processus de révision et d'harmonisation de la politique pour contrer la violence et le harcèlement en milieu de travail. Cette politique repose sur le principe de la résolution responsable. C'est donc dire que la personne se percevant lésée par un comportement inapproprié, dans la mesure où elle se sent apte à le faire, doit signifier son malaise à la personne concernée afin de faire cesser le comportement indésirable.

L'équipe de relation avec le personnel a été sollicitée dans la mise en place de la structure administrative des différentes directions, spécialement par l'actualisation des centres d'activités et par le rattachement des postes reliés à cette nouvelle structure. C'est précisément le cas pour la mise en place du programme d'unité spécifique au Centre d'hébergement de Lachine.

Une révision de la structure d'encadrement requise pour répondre aux besoins organisationnels fut effectuée, ce qui a permis, notamment, de procéder à la révision de la classification des postes d'encadrement.

Direction des ressources humaines (suite)

Santé et sécurité du travail

Dans le cadre des activités reliées à la grippe A(H1N1), le Service de santé et sécurité du travail a grandement été sollicité pour la formation des instructeurs pouvant former le personnel sur l'étanchéité du port du masque N 95 et lors du processus de vaccination du personnel.

Afin de nous permettre de répondre à la demande, nous avons formé 76 formateurs pouvant effectuer les ajustements d'étanchéité et 70% du personnel a

été formé principalement dans les secteurs identifiés comme prioritaires. L'administration du vaccin A(H1N1) nous a permis d'immuniser 80% de notre personnel.

Situation de la main-d'oeuvre		
	2008-2009	2009-2010
Cadres à temps complet	84	98
Cadres à temps partiel	27	18
Personnel permanent à temps complet	739	750
Personnel permanent à temps partiel	575	631
Personnel occasionnel à temps partiel	369	437
Mouvements de la main-d'oeuvre		
Nouvelles embauches (<i>infirmiers, infirmières</i>)	54	48
Départ (<i>infirmiers, infirmières</i>)	54	57
Nouvelles embauches (<i>autres</i>)	295	236
Départ (<i>autres</i>)	265	264

Investissement en orientation et formation du personnel 2009-2010

Orientation	21 449 heures
Formation	23 140 heures

Direction des services techniques et des installations matérielles

Immobilisations et équipements

Centre d'hébergement de Lachine

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a octroyé, en mars 2010, un budget de 2 549 500\$ pour les 5^e et 6^e étages nord afin de rénover les unités de soins. Les travaux seront réalisés durant l'année financière 2010-2011 et permettront d'avoir des locaux mieux adaptés pour une unité spécifique du type I et une unité prothétique.

Centre d'hébergement Nazaire-Piché

Les travaux d'agrandissement du centre d'hébergement ont été exécutés à l'automne 2009 et ont permis d'agrandir et de réaménager les unités de soins.

Hôpital de LaSalle

Imagerie à résonance magnétique (IRM)

En août 2009, le MSSS a accordé un budget de 2,8 M\$ pour l'achat et l'aménagement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique. L'Agence a octroyé un budget de 2,5 M\$ pour réaliser les travaux de construction des locaux afin de réaliser les activités reliées aux examens. Les travaux devraient être complétés au printemps 2011 et permettront de réaliser 2 200 examens annuellement.

Pharmacie

L'Agence de la santé et des services sociaux a octroyé un budget supplémentaire de 1 365 M\$ pour permettre l'agrandissement de la pharmacie de l'Hôpital de LaSalle. Les travaux devraient se terminer au début de 2011 et permettront d'implanter le système automatisé et robotisé de distribution des médicaments pour l'ensemble des installations de notre CSSS.

Aggrandissement de l'urgence et réaménagement de l'hôpital

Notre CSSS a reçu du MSSS l'autorisation de la mise à l'étude de l'agrandissement de l'urgence et du réaménagement de l'Hôpital de LaSalle.

Les professionnels ont complété en octobre 2009 le concept du projet et, en mars 2010, les plans préliminaires.

CLSC de Dorval-Lachine

Le CLSC a complété l'agrandissement des espaces le 15 septembre 2009 et renouvelé le bail d'une durée de 15 ans pour permettre une meilleure organisation des services de première ligne et l'intégration des services de santé mentale.

Service d'alimentation

Une réorganisation administrative des services alimentaires a été mise en place afin de créer un poste de chef des activités d'alimentation pour l'ensemble des installations de notre CSSS.

Pour répondre à une obligation du ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation, une formation a été donnée afin de s'assurer qu'au moins 10 % des membres du personnel affecté à la préparation des produits ou au lavage ou au nettoyage du matériel et des équipements en contact avec les produits, y compris la personne chargée du contrôle de l'hygiène et de la salubrité alimentaires, sont titulaires d'une attestation de formation de manipulateur ou de gestionnaire d'établissement alimentaire.

Dans le cadre du transfert de la clientèle du 5^e et 6^e étages nord du Centre d'hébergement de Lachine à l'ex-hôpital général de Lachine, la production alimentaire est faite à partir de l'Hôpital de LaSalle et les repas sont envoyés à froid à l'ex-hôpital général de Lachine.

Hygiène et salubrité

De la formation continue sur les techniques de désinfection a été donnée aux employés de l'Hôpital de LaSalle et du Centre d'hébergement de Dorval.

Une réorganisation administrative a été complétée. Le chef du service d'hygiène et de salubrité relève dorénavant du coordonnateur des services techniques afin d'assurer d'une meilleure intégration des services d'hygiène-salubrité avec les services techniques, pour l'ensemble des installations de notre CSSS.

Direction des ressources financières et informationnelles

Ressources informationnelles

Le Service des ressources informationnelles a pour mandat d'assurer la disponibilité opérationnelle des systèmes en place et de fournir un service-conseil en matière de système d'information, de technologie de l'information et de réseautique.

Aussi, afin de permettre au comité de direction et au conseil d'administration de notre CSSS de suivre l'évolution des projets de technologie de l'information pouvant contribuer à la réalisation de la planification stratégique et des objectifs de l'organisation, la Direction des ressources financières et informationnelles a soumis au conseil d'administration un plan directeur des ressources informationnelles pour une période de trois ans. Considérant que les serveurs du CSSS sont majoritairement hébergés dans deux sites externes à ses installations, l'organisation a entrepris des démarches visant à rapatrier toutes ses infrastructures technologiques sous un même toit dans une perspective d'efficacité, d'efficacité et de sécurité de gestion des actifs informationnels. Ces démarches sont toujours en cours et essentielles à la mise en place de projets cliniques majeurs : index patients maître, système intégré d'imagerie médicale, dossier clinique informatisé (OACIS).

Depuis l'automne 2009, le Service des ressources informationnelles travaille au rapatriement de la téléphonie de l'Hôpital de LaSalle, actuellement desservie par l'Hôpital de Verdun, et au rehaussement des systèmes téléphoniques pour l'ensemble de notre CSSS. Ce nouveau système permettra entre autres une meilleure communication inter installations.

Dans le volet plus spécifique de gestion de l'information, le Service des ressources informationnelles assure le suivi de l'information de gestion et le contrôle de la qualité des données de notre CSSS.

Service des approvisionnements

L'entrée en vigueur, le 24 mars 2009, de notre politique d'achat portant sur la gestion contractuelle concernant la conclusion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction, introduit une démarche plus rigoureuse de nos processus d'achats. Cette politique vient préciser les conditions, procédures et partage des responsabilités entre les différentes instances et gestionnaires, aux fins de sollicitation et d'adjudication de tout contrat conclu par l'établissement.



États des résultats du fonds d'exploitation pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

Activités principales

REVENUS

Agence de la santé et des services sociaux	116 456 806 \$
Usagers	14 060 723 \$
Ventes de services	565 255 \$
Recouvrements	523 798 \$
Donations	20 390 \$
Autres revenus	268 116 \$

TOTAL 131 895 088 \$

CHARGES

Salaires	70 064 384 \$
Avantages sociaux	17 324 412 \$
Charges sociales	9 589 182 \$
Médicaments	2 563 241 \$
Produits sanguins	539 036 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	3 387 601 \$
Données alimentaires	2 342 275 \$
Créances douteuses	649 869 \$

Variation provision pour vacances et congé de maladie

Autres charges:

Intérêts sur emprunts	
Entretien et réparations	1 775 226 \$
Autres dépenses	23 725 677 \$

TOTAL 131 960 903 \$

Excédent des charges sur les revenus des activités principales (65 815 \$)

À titre informatif seulement:

Contribution provenant ou affectées à d'autres fonds:

En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds

Excédent des charges sur les revenus des activités principales après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (65 815 \$)

Activités accessoires

REVENUS

Financement public et parapublic:

Gouvernement fédéral	99 109 \$
Autres	1 145 450 \$
Revenus commerciaux	159 047 \$
Revenus d'autres sources	9 738 \$

TOTAL 1 413 344 \$

CHARGES

Salaires	229 948 \$
Avantages sociaux	15 000 \$
Charges sociales	8 809 \$
Autres	1 090 722 \$

TOTAL 1 344 479 \$

Excédent des revenus sur les charges des activités accessoires 68 865 \$

Excédent des charges sur les revenus du fonds d'exploitation après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds 3 050 \$

Charges brutes par secteur d'activités

C.L.S.C.	Exercice précédent	Exercice courant
Soutien à domicile	14 615 840 \$	14 684 331 \$
Autres non exclusifs à un programme	2 678 320 \$	2 827 801 \$
Programme santé publique	1 463 094 \$	2 671 662 \$
Programme services généraux - activités cliniques et d'aide	2 212 394 \$	2 754 605 \$
Programme santé physique	156 913 \$	199 616 \$
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	320 892 \$	332 979 \$
Programme santé mentale	779 928 \$	1 560 363 \$
Programme jeunes en difficulté	1 841 594 \$	1 989 214 \$
Programme déficience physique	126 543 \$	119 067 \$
Programme déficience intellectuelle et TED	876 774 \$	971 218 \$
Administration et soutien aux services	4 133 919 \$	4 081 516 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	1 724 885 \$	2 325 938 \$
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou stabilité d'emploi	116 328 \$	23 406 \$
Sous-total des charges brutes des centres d'activités	31 047 424 \$	34 541 716 \$
Centre hospitalier		
Services non exclusifs à un programme	6 248 454 \$	6 627 064 \$
Programme services généraux - activités cliniques et d'aide	429 509 \$	272 622 \$
Programme santé physique	24 349 518 \$	26 237 327 \$
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	47 164 \$	37 498 \$
Programme santé mentale	0 \$	0 \$
Administration et soutien aux services	9 324 135 \$	8 535 136 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	3 338 317 \$	3 245 385 \$
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou stabilité d'emploi	154 627 \$	29 754 \$
Sous-total des charges brutes des centres d'activités	43 891 724 \$	44 984 786 \$
C.H.S.L.D.		
Non exclusifs à un programme	3 876 821 \$	3 896 305 \$
Programme santé physique	677 689 \$	962 547 \$
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	26 739 314 \$	28 438 468 \$
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou stabilité d'emploi	94 361 \$	18 168 \$
Administration et soutien aux services	11 945 978 \$	12 812 587 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	5 548 809 \$	5 183 242 \$
Sous-total des charges brutes des centres d'activités	48 882 972 \$	51 311 317 \$
Charges non réparties	761 014 \$	649 869 \$
TOTAL DES CHARGES BRUTES DES CENTRES D'ACTIVITÉS	124 583 134 \$	131 487 688 \$

Les données financières ont été tirées du rapport financier annuel vérifié (AS-471)

Bilan au 31 mars 2010

	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Autres fonds	TOTAL
ACTIF À COURT TERME				
Encaisse	3 396 402 \$	374 111 \$	223 975 \$	3 994 488 \$
Placements temporaires	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Débiteur - Agence et MSSS	325 199 \$	430 221 \$	0 \$	755 420 \$
Débiteurs - autres	2 236 485 \$	190 497 \$	34 810 \$	2 461 792 \$
Charges payées d'avance	397 181 \$	0 \$	0 \$	397 181 \$
Stocks	1 111 048 \$	0 \$	0 \$	1 111 048 \$
Créances interétablissements	2 684 445 \$	0 \$	0 \$	2 684 445 \$
Créances interfonds	18 623 \$	85 617 \$	0 \$	104 240 \$*
Autres éléments	1 573 \$	0 \$	0 \$	1 573 \$
Total de l'actif à court terme	10 170 956 \$	1 080 446 \$	258 785 \$	11 510 187 \$
Immobilisations		33 232 014 \$	101 865 \$	33 333 879 \$
Subvention à recevoir - réforme comptable	7 584 199 \$	16 652 201 \$	0 \$	24 236 400 \$
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	0 \$	33 545 \$	0 \$	33 545 \$
Autres éléments d'actif	1 033 678 \$	0 \$	0 \$	1 033 678 \$
Total de l'actif	18 788 833 \$	50 998 206 \$	360 650 \$	70 147 689 \$
PASSIF À COURT TERME				
Découvert de banque	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Emprunts de banque	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Financement temporaire	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Créditeurs	20 377 711 \$	735 733 \$	2 637 \$	21 116 081 \$
Sommes confiées en fiducie	0 \$	0 \$	143 264 \$	143 264 \$
Dettes interfonds	0 \$	0 \$	104 240 \$	104 240 \$*
Dettes interétablissements	717 248 \$	0 \$	0 \$	717 248 \$
Revenus reportés	643 356 \$	0 \$	8 644 \$	652 000 \$
Intérêts courus à payer	0 \$	440 126 \$	0 \$	440 126 \$
Autres éléments	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Total du passif à court terme	21 738 315 \$	1 175 859 \$	258 785 \$	23 172 959 \$
PASSIF À LONG TERME				
Revenus reportés	0 \$	2 312 198 \$	0 \$	2 312 198 \$
Autres éléments	0 \$	47 133 812 \$	0 \$	47 133 812 \$
Total du passif à long terme	0 \$	49 446 010 \$	0 \$	49 446 010 \$
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF				
Congés à traitement différé	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Autres éléments	748 263 \$	0 \$	0 \$	748 263 \$
Total du passif	22 486 578 \$	50 621 869 \$	258 785 \$	73 367 232 \$
Solde de fonds	(3 697 745 \$)	376 337 \$	101 865 \$	(3 219 543 \$)
Total du passif et du solde de fonds	18 788 833 \$	50 998 206 \$	360 650 \$	70 147 689 \$

Les données financières ont été tirées du rapport financier annuel vérifié (AS-471)

* Les créances et les dettes interfonds sont éliminées

Le rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Conformément à la Loi sur les services de santé et des services sociaux (Article 33 de la LLSSS), le rapport synthèse portant sur l'application du Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle présente les activités reliées au respect et à la promotion des droits des usagers, au traitement diligent de leurs plaintes, à la satisfaction et à la qualité des services. Celles-ci découlent des fonctions dévolues de par la loi au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, aux médecins examinateurs et au comité de révision.

Cette vue d'ensemble fait état du portrait global qui sera déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre en matière d'examen et de traitement des plaintes pour chacune des installations du CSSS.

BILAN DES DOSSIERS

2009-2010				
Plaintes reçues		Assistances	Consultations	Interventions
Non médicales	médicales			
88	14	71	24	10
101			105	
207 dossiers				

En ce qui concerne les dossiers transmis au deuxième palier, trois dossiers ont été traités par le protecteur du citoyen dont un dossier a été fermé. Le comité de révision a reçu trois demandes de révision de dossiers dont deux fermés (un durant l'exercice et un autre de l'année 2008-2009).

OBJETS DE PLAINTES		
Accessibilité	61	21 %
Aspects financiers	7	2 %
Droits particuliers	50	17 %
Organisation du milieu et des ressources matérielles	30	10 %
Relations interpersonnelles	69	23 %
Soins et services dispensés	81	27 %
	298	100 %

Le rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (suite)

VUE D'ENSEMBLE DES DOSSIERS DE PLAINTES PAR INSTALLATION

Installations	Plaintes non médicales	Plaintes médicales	Assistances	Consultations	Interventions	Total
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	1	0	3	1	3	8
Hôpital de LaSalle	41	14	27	6	2	90
CLSC de LaSalle	18	0	18	6	0	42
CLSC de Dorval-Lachine	8	0	13	2	3	26
Centre d'hébergement de Lachine	8	0	3	3	1	15
Centre d'hébergement Nazaire-Piché	1	0	1	0	0	2
Centre d'hébergement de Dorval	1	0	1	0	0	2
Centre d'hébergement de LaSalle	9	0	3	5	1	18
Ressources intermédiaires						
Les Floralies de Lachine	0	0	0	0	0	0
Les Floralies de LaSalle	0	0	2	1	0	3
Villa Ste-Anne	1	0	0	0	0	1
TOTAL	88	14	71	24	10	207

Le rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (suite)

RAPPORT COMPARATIF						
Années	Plaintes non médicales	Plaintes médicales	Assistances	Consultations	Interventions	TOTAL
2008-2009	112	25	64	19	16	236
2009-2010	88	14	71	24	10	207

Des réalisations systémiques découlant des recommandations ont été mises en action, telles que :

- Le programme de deuil périnatal;
- L'algorithme pour le transfert des parturientes de l'urgence à l'UFN et vice-versa;
- La procédure de « Time out » au bloc opératoire;
- La révision du guide d'attribution des services d'aide à domicile;
- L'affichage des frais exigibles pour la transmission de documents et de renseignements contenus au dossier médical.

Nous tenons à remercier les gestionnaires qui ont pris en charge les 42 références qui leur ont été adressées par la commissaire durant l'année 2009-2010. Leur collaboration et leur engagement face à la satisfaction de la clientèle et la qualité des services sont tout à leur honneur.

Le suivi des attentes administratives et des ententes de gestion

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT			
Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience.	Élaboration du plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services.	À finaliser	À finaliser : Nous travaillons actuellement à faire un portrait de la clientèle, à évaluer les impacts des références des CRDI/CRDP, à l'harmonisation de nos accueils, et ce pour concrétiser le plan d'amélioration de l'accès et de la continuité des services pour la DI-DP et TED.
	Résorption de la liste d'attente en date du 8 novembre 2008.	À finaliser	Nous terminons l'évaluation des dossiers et charges de cas, pour assurer la résorption.
	Respect des standards d'accès et de continuité des services en vigueur.	Réalisé	
DÉFICIENCE PHYSIQUE			
Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience.	Élaboration du plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services.	En cours	En collaboration avec le programme DI-TED. cf. Voir les commentaires DI-TED.
	Résorption de la liste d'attente en date du 8 novembre 2008.	Réalisé	Aucune liste d'attente pour les clients avec déficience physique pour le soutien à domicile.
	Respect des standards d'accès et de continuité des services en vigueur.	Réalisé	Aucune liste d'attente pour les clients en déficience physique du soutien à domicile.
DÉPENDANCES			
Référer les jeunes évalués « feu rouge », à l'aide de l'outil DEP-ADO, au mécanisme d'accès pour les jeunes.	Identification et/ou maintien d'un agent de liaison pour le mécanisme d'accès.	À finaliser	Un porteur de dossier a été nommé et s'assure des liaisons pour le mécanisme d'accès, dans l'attente de l'identification de l'agent.
Implanter les orientations ministérielles relatives au programme-service dépendances.	Actualisation de la formation des intervenants de 1re ligne au programme « Adulte en dépendance ».	En cours	Nous travaillons actuellement à organiser la formation à l'aide de formateurs de CSSS voisins. La formation sera complétée en 2010-2011.
	Niveau de mise en œuvre des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du programme.	En cours	Le porteur de dossier y travaille avec le chef de programme JED et le chef de programme Adulte. Les partenaires régionaux, commissions scolaires et organisme communautaire (Cumulus) seront associés à cette démarche.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
GESTION DE LA MAIN-D'OEUVRE			
Au plus tard le 31 mars 2010, l'établissement déposera à la Direction gestion des réseaux (DGR) de l'Agence, un plan d'action visant l'attraction et la rétention du personnel, l'augmentation de la présence et de la disponibilité au travail.	Dépôt d'un plan d'action à la DGR démontrant l'engagement du comité de direction à revoir l'organisation du travail et les conditions d'exercice.	Réalisé	
	Niveau de réalisation de l'ensemble des activités prévues au cadre normatif pour la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.	En cours	Ce plan d'action est en cours d'élaboration et sera transmis à l'Agence sous peu.
GESTION DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES AUX COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES			
Intégrer la gestion de la diversité culturelle dans l'offre de service.	L'Établissement a adopté une politique de gestion de la diversité culturelle. Adoption par résolution du conseil d'administration ou entérinée par le comité de direction.	Non amorcé	Le CSSS mettra en place au courant de la prochaine année une politique à cet effet. Il en assurera la diffusion auprès du personnel et de la communauté.
	L'Établissement a adopté une politique de gestion de la diversité culturelle. Le processus de développement de la politique a inclus des consultations, validation et la concertation des divers partenaires du milieu.	Non amorcé	Le CSSS mettra en place au courant de la prochaine année une politique à cet effet. Il en assurera la diffusion auprès du personnel, de sa communauté et de ses partenaires.
	La politique adoptée a été diffusée: des mécanismes de rappel à la mémoire ont été prévus.	Non amorcé	
	La politique adoptée a été diffusée auprès des cadres.	Non amorcé	
	La politique adoptée a été diffusée auprès des employés.	Non amorcé	
	La politique adoptée a été diffusée auprès des clients et familles ainsi que la communauté.	Non amorcé	
Indiquer dans le rapport annuel de gestion (établissements publics) ou dans le rapport annuel d'activités (établissements privés conventionnés) les mesures prises et les résultats obtenus en lien avec la politique de gestion de la diversité culturelle.	Reddition dans le rapport annuel des mesures prises et des résultats obtenus compte tenu des objectifs de la politique.	Non amorcé	Pour la prochaine année, le CSSS assurera les mesures prises et les résultats obtenus en lien avec la politique de gestion de la diversité culturelle dans son rapport annuel.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
GESTION DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES EN LANGUE ANGLAISE			
Respecter le « Programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise » dans l'offre de service.	L'établissement s'assure que tous les services nommés au Programme d'accès sont accessibles en anglais.	En cours	Le CSSS s'assure de respecter le « Programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise » dans l'offre de service: 1: En faisant l'évaluation des programmes offerts en anglais; 2: En offrant des interprètes à la clientèle.

GESTION DES ACTIFS INFORMATIONNELS

Préparer un plan triennal de maintien des actifs informationnels selon le gabarit préparé par l'Agence.	Le plan est conforme au gabarit.	En cours	Nous envoyons un inventaire au TCR selon le gabarit demandé. Nous avons à l'interne un autre document de suivi pour les remplacements.
	Le plan est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes d'information.	En cours	Le plan est déposé dans les secteurs des technologies.
Préparer un inventaire des actifs informationnels.	L'inventaire est conforme au gabarit.	Réalisé	
	L'inventaire est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes d'information.	Réalisé	
	L'inventaire est mis à jour au 31 décembre 2009.	Réalisé	
Appliquer les mesures obligatoires et minimales du Cadre de gestion des actifs informationnels - Volet sécurité.	Il y a indication dans le rapport financier annuel (questionnaire à l'intention du comité de direction).	En cours	Un processus toujours en évolution.
Mettre en place la solution anti-virus Trend Micro.	L'Établissement confirme que la solution est appliquée.	Réalisé	

GESTION DES MESURES D'URGENCE ET DE SÉCURITÉ CIVILE

Dans le cadre de la coordination locale des mesures d'urgence en cas de sinistre, développer et maintenir un arrimage avec les municipalités ou les arrondissements du territoire.	Développement et maintien des arrimages avec les municipalités ou les arrondissements.	Réalisé	Réalisé à Lachine et à finaliser à LaSalle et Dorval.
--	--	---------	---

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
JEUNES EN DIFFICULTÉ			
Compléter, s'il y a lieu, l'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE).	L'équipe mobile d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE) est complétée, formée et est entrée en fonction.	Réalisé	
Définir le projet clinique pour le programme « Jeunes en difficulté » en tenant compte de la publication récente du MSSS « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience ».	Adoption d'un projet clinique « Jeunes en difficulté ».	Réalisé	Nous travaillons présentement à une réorganisation des services de l'équipe JED, afin d'optimiser notre offre de service en fonction de ces orientations.
Collaborer, s'il y a lieu, à la mise en place des services de supervision des droits d'accès.	Niveau de mise en place des services de supervision des droits d'accès.	Réalisé	
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT			
Poursuivre le développement de ressources intermédiaires pour les personnes en perte d'autonomie (PPALV) dans chacun des territoires de CSSS selon le « Plan d'action 2005-2010 pour les personnes âgées de la région de Montréal ».	Collaboration à la démarche de l'Agence pour le développement de places en ressources intermédiaires (PALV).	Réalisé	Il y a 3 RI pour personnes âgées ouvertes sur notre territoire depuis 2008-2009 pour un total de 92 places. Ouverture en avril 2010 d'une RI de 200 lits, projet conjoint avec le CSSS de Cavendish et l'Agence (places régionales) et comprenant 5 programmes: personnes âgées, déficience physique, perte cognitive avec fugues, santé mentale et déficience visuelle.
Terminer, s'il y a lieu, l'implantation du plan d'action « Milieu de vie ».	Déployer la formation « Agir auprès de la personne âgée » s'adressant aux préposés aux bénéficiaires en fonction de la planification prévue dans l'Établissement et selon les budgets alloués.	En cours	La formation provinciale a débuté en janvier 2010. Tous les préposés aux bénéficiaires de tous les sites d'hébergement seront formés d'ici octobre 2010.
	Terminer, s'il y a lieu, l'implantation des composantes du Plan d'action « Milieu de vie ».	Réalisé	Les 6 sites d'hébergement ont mis en place le concept "Milieu de vie". Comité "Milieu de vie" actif dans chacun des sites. Plan d'action actualisé annuellement.
Compléter, s'il y a lieu, l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	Consolidation de l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle et du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle « e-smaf » en CSSS.	Réalisé	OEMC déployé. E-SMAF implanté. Dans les C.H. se fait en fonction des échéanciers de l'Agence.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (SUITE)			
	Création ou maintien d'une table de concertation multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées.	Réalisé	Table de concertation active depuis mars 2007.
	Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes: implantation d'un processus de repérage des personnes vulnérables.	En cours	Plan d'action élaboré en janvier 2010 en collaboration avec les intervenants de l'urgence de l'Hôpital de LaSalle. Comité de travail en cours.
	Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes: mécanismes de concertation locaux.	Réalisé	
	Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes: gestionnaire de cas.	Réalisé	Tous les clients du SAD ont un gestionnaire de cas. La gestion de cas hybride est utilisée par les intervenants.
	Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes: guichet d'accès aux services.	En cours	Le guichet d'accès PPALV est à même notre accueil centralisé.
	Niveau d'implantation du système informatique RSIPA en CSSS.	Amorcé	L'implantation de la solution informatique RSIPA dans notre CSSS suit le calendrier d'échéance de l'Agence. Dépôt de la grille de saisie Excel remise le 19 mars 2010. Dépôt des sections 3 et 4 Ressources et répartition de la P7 sera remise pour le 24 mars 2010. Respect des échéanciers.
	Participation aux formations sur l'outil d'évaluation multiclientèle en CHSGS.	Réalisé	Formation continue.
Collaborer à la démarche coordonnée par l'Agence pour le rehaussement des places requises en CHSLD sur le territoire de Montréal.	Collaboration à la démarche de l'Agence pour le rehaussement des places en CHSLD.	En cours	10 places sont rehaussées cette année pour le CSSS DLL, et ce, au Centre d'hébergement de Lachine au programme évaluation.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
SANTÉ MENTALE			
Implanter et maintenir le guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale.	Niveau d'implantation du guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale pour les adultes ainsi que les enfants et les jeunes.	Réalisé	
Maintenir des mécanismes de liaison avec les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques.	Développement d'ententes de service CSSS - CH.	En cours	Des démarches sont toujours entreprises avec le centre de crise L'Autre-Maison, pour le protocole Marco-Gabriel. Nous travaillons à raffiner notre offre auprès des urgences des hôpitaux de LaSalle, Lachine et Douglas.
Collaborer au Plan d'action régional en santé mentale, incluant la participation au plan stratégique visant à associer aux CSSS et à leurs partenaires les services de 1re ligne actuellement fournis par les CHSP ou les CHSGS.	Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1 ^{re} ligne pour jeunes et adultes: Élaborer un plan de transfert des responsabilités et des patients pour assurer la continuité des services réalisés pour les adultes et les enfants - jeunes.	À finaliser	Adulte à finaliser / Jeune en cours : Nous participons activement aux comités d'opérationnalisation santé mentale adulte et jeune, afin de maintenir et améliorer le plan de transfert.
	Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour les jeunes et pour les adultes: Articulation d'un programme d'accueil et de développement du personnel transféré dans les équipes adultes et enfants - jeunes.	Réalisé	
	Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour les jeunes et pour les adultes: Dépôt d'un plan d'effectifs en vue du transfert des ressources humaines vers les équipes de 1re ligne adultes et enfants - jeunes.	Réalisé	Adulte réalisé / Jeune à finaliser.
	Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour jeunes et adultes: En collaboration avec les partenaires, réalisation d'un plan de communication visant la population, les usagers et les partenaires quant à l'offre de service.	Réalisé	Adulte réalisé / jeune à finaliser.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
SANTÉ PHYSIQUE			
Conformément au rapport du Vérificateur général du Québec, élaborer et suivre un processus formel et systématique d'évaluation des fournitures médicales utilisées et de normalisation.	La participation d'un comité multidisciplinaire.	Réalisé	
	L'élaboration d'un répertoire des décisions.	Réalisé	
	L'utilisation de critères d'évaluation.	Réalisé	
Maintenir la collaboration au monitoring périodique et au mécanisme de coordination régional des interruptions volontaires de grossesse (IVG).	Maintien de la collaboration au monitoring périodique et au mécanisme de coordination régional des IVG.	Réalisé	
Collaborer à la mise en oeuvre des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer de la région de Montréal (PQLC).	Disponibilité des services psychosociaux au sein des équipes multidisciplinaires en oncologie pour les personnes atteintes du cancer.	Amorcé	La défusion avec l'Hôpital de Lachine a nécessité de reprendre depuis le début le dossier et de refaire les équipes, à commencer par l'infirmière pivot.
	Élaboration d'un volet de lutte contre le cancer au projet clinique.	En cours	Mise en place d'une infirmière pivot, d'un plan de communication avec les différents intervenants et d'un système de références et d'information.
	Mise en place et maintien d'activités visant l'amélioration du fonctionnement interdisciplinaire des équipes en oncologie.	En cours	Poste d'infirmière pivot en oncologie actuellement en affichage, car aucun titulaire, mais donné en remplacement. Le travail accompli se maintient, service connu.
	Mise en place et maintien de corridors de services diagnostiques et thérapeutiques en oncologie.	Amorcé	Rencontre avec les personnes ressources des CSSS voisins et ciblés face aux interventions. Définition de notre statut et de nos joueurs clés.
	Maintien d'au moins une infirmière pivot en oncologie (IPO) au sein de chacune des équipes multidisciplinaires hospitalières.	En cours	Poste de l'infirmière pivot en oncologie en affichage. Ressource antérieure mutée, mais disponible pour continuer son remplacement.
	Maintien d'un comité de coordination pour le PQLC.	Non amorcé	La formation de ce comité a été retardée par la pandémie et le transfert de certains dossiers de la Santé publique vers un autre programme clientèle.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
SANTÉ PHYSIQUE (SUITE)			
Poursuivre et consolider l'implantation des quatre sections du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale.	L'Établissement a mis en place un mécanisme permettant de s'assurer que le protocole est implanté et appliqué.	En cours	Un protocole de gestion de la douleur postopératoire a été présenté à 2 départements (Chirurgie et gynécologie-obstétrique). Le protocole de sédation aux soins intensifs comprend le Fentanyl intra-veineux. Une fiche de surveillance est utilisée par les soins infirmiers lors de l'administration d'opiacés (urgence, soins intensifs, clientèles hospitalisées). Des travaux sont en cours pour la longue durée. Il existe des ordonnances préimprimées pour l'administration de la Naloxone.
Poursuivre la formation des intervenants concernés par le Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale.	Les intervenants concernés par l'application du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale sont formés.	Amorcé	Des suggestions ont été émises par le comité de pharmacologie. L'actualisation et la mise à jour des formations sont à planifier.
Contribuer au plan de lutte contre une pandémie d'influenza.	L'Établissement confirme qu'il a révisé son plan local de lutte contre une pandémie d'influenza.	Réalisé	
	L'Établissement met en oeuvre les actions nécessaires à l'accomplissement des travaux prioritaires identifiés par l'Agence.	Réalisé	
Soutenir le modèle régional d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation.	Mise en oeuvre des conditions visant à offrir des services de physiothérapie la fin de semaine et les jours fériés aux usagers ayant subi une chirurgie PTH-PTG et dont la condition le requiert (missions CHSGS, CHR, CSSS).	Réalisé	Physiothérapeute disponible sur appel fins de semaine et jours fériés.
	Suivi du cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus (missions CHSGS, CHR, URFI, CSSS).	Réalisé	Cadre de référence en place depuis 2007. Mise à jour avril 2009.
Assurer la mise à jour et le suivi du « Plan d'action régional de gestion intégrée des salles d'urgence, version 2009 ».	Dépôt, à la Direction gestion des réseaux de l'Agence, de la mise à jour du « Plan d'action régional de gestion intégrée des salles d'urgence, version 2009 ».	À finaliser	Le plan d'action est fait et un suivi constant sera assuré par le comité et la présidente du comité. D ^{re} Daniel validera auprès de l'Agence qu'il a bien été reçu .

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
SANTÉ PHYSIQUE (SUITE)			
Collaborer à la mise en œuvre du plan d'accès aux services spécialisés.	Niveau de mise en œuvre du plan d'accès aux services spécialisés.	En cours	Les travaux visant à mettre en place des corridors de prise en charge rapide des clientèles par différentes spécialités sont à consolider. La pénurie de ressources médicales en première ligne affaiblit la collaboration nécessaire entre la première et la deuxième ligne. Le projet maladie chronique- diabète constitue notre première démarche pour l'atteinte des objectifs.
SANTÉ PUBLIQUE			
Accroître la couverture contre le pneumocoque chez les résidents en CHSLD.	80 % des résidents en CHSLD ont été vaccinés contre le pneumocoque. Indiquer le taux atteint dans la section des commentaires.	En cours	56,5% (407/720)
Accroître la couverture vaccinale contre l'influenza chez les résidents en CHSLD.	80 % des résidents en CHSLD ont été vaccinés contre l'influenza depuis l'automne. Indiquer le taux atteint dans la section des commentaires.	À finaliser	79,6% (573/720)
Accroître la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé.	60 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés contre l'influenza depuis l'automne. Indiquer le taux atteint dans la section des commentaires.	Amorcé	18% des travailleurs (345/1916) se sont fait vacciner. Toutefois, 85% de ceux-ci s'étaient fait vacciner contre le A(H1N1). Il a été très difficile de remobiliser les travailleurs après la campagne A(H1N1).
Convenir avec la DSP de l'Agence des modes de reddition de comptes des crédits de santé publique affectés au déploiement du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	Un bilan financier des crédits de santé publique affectés annuellement à la mise en œuvre du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	En cours	En cours : mai 2010.
Développer un programme de prévention et de contrôle des infections (mission CHSGS) conforme aux recommandations du cadre de référence du MSSS.	Le programme est approuvé et appuyé par la direction générale.	Réalisé	
	Les objectifs et priorités d'action ont été entérinés par le Comité de prévention des infections (CPI) et seront revus annuellement.	Réalisé	
Développer un tableau de bord local pour le suivi des infections nosocomiales par les gestionnaires (mission CHSGS).	Le tableau de bord est présenté aux rencontres du comité de direction.	Réalisé	

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
SANTÉ PUBLIQUE (SUITE)			
	Le tableau de bord est présenté aux rencontres du comité de prévention des infections.	Réalisé	
	Le tableau de bord est présenté aux rencontres du conseil d'administration et comporte des indicateurs de structure, de processus et de résultats.	Réalisé	
Disposer d'un Plan d'action local de santé publique (PAL) 2009-2012 qui s'inscrit dans les six grandes orientations du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2008-2012.	Un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 élaboré pour décembre 2009.	En cours	Les démarches sont entreprises. Le PAL sera élaboré en juin 2010.
Élaborer un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 en partenariat avec le réseau local.	Un portrait des partenariats mis à contribution dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du Plan d'action local de santé publique réalisé.	En cours	
Réaliser le contour de ressources affectées à la réalisation du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	Un contour de ressources affectées à la réalisation du Plan d'action local de santé publique 2009-2012 (incluant les sommes allouées annuellement dans le cadre des mesures de santé publique).	En cours	
Convenir des indicateurs à inscrire au tableau de bord du système d'appréciation de la performance élaboré en collaboration avec la Direction de santé publique (DSP).	Des indicateurs d'appréciation de la performance du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	En cours	Participation à EGIPSS
SERVICES GÉNÉRAUX-ACTIVITÉS CLINIQUES ET AIDE			
Valider et transmettre à la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) les rapports de reddition de comptes des cliniques réseau dans les délais impartis.	Rapports mensuels de gestion des cliniques réseau validés par le CSSS et transmis à la DAMU de l'Agence dans les délais impartis.	N/A	Pas de clinique réseau sur le territoire du CSSS, travaux exploratoires en cours avec une clinique potentielle.
	Rapports trimestriels de dépenses des cliniques réseau validés par le CSSS et transmis à la DAMU de l'Agence dans les délais impartis.	N/A	Même commentaire qu'a l'indicateur 115

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	NIVEAU D'ATTENTE	COMMENTAIRES
SERVICES GÉNÉRAUX-ACTIVITÉS CLINIQUES ET AIDE (SUITE)			
Atteindre les cibles de développement du Plan d'action régional intégré de 1 ^{re} ligne.	Les cibles de développement de GMF/CR/CRI et de projets de maladies chroniques pour la première année du Plan sont atteintes.	À finaliser	Le plan d'action régional pour 09-10 comprenait les travaux d'implantation d'un comité local pour la maladie chronique diabète sont en cours. Des représentants de l'Agence et du CSSS ont convenu d'une extension d'un échéancier après mars 2010 afin de nous permettre de réaliser les
Collaborer à la mise en œuvre de l'offre de service en périnatalité.	Implantation des différentes composantes de l'offre de service en périnatalité.	En cours	Notamment sur plusieurs stratégies de mise en œuvre de la politique 2008-2018 dont le programme AMPRO.
Participer à la mise à jour du répertoire de ressources en santé et services sociaux (RRSSS) et valider les données sur les ressources des territoires de CSSS.	Mettre à jour les ressources du répertoire par territoire de CSSS et en assurer la validité.	Réalisé	

LES CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI

**Liste des membres des sous-comités du conseil
d'administration du CSSS de Dorval-Lachine-
LaSalle au 31 mars 2010**

**Liste des membres du conseil d'administration
pour l'exercice terminé le 31 mars 2010**

M^e Marie-Claude Jarry, présidente
M^{me} Gertrude Pellerin, vice-présidente
M. Yves Masse, directeur général et secrétaire

Administrateurs :

M. Mohamad Allam
M^{me} Micheline Béland
M. Edmond Blanchard
M^{me} Isabelle Brault
M^e Alain Barrette (démission en cours d'année)
M. Jajdiesh Singh Bhimpaul
M. René Carignan
M^{me} Marie-Julie Chartrand
M. Michel Dubois
D^r Patrick Godet (démission en cours d'année)
D^r Jean-Pierre Hamel
M^{me} France Hébert
M^{me} Marie-Josée Lessard
M. Jean Poirier
M^{me} Micheline Rouleau

**Liste des directeurs du CSSS de Dorval-Lachine-
LaSalle au 31 mars 2010**

Directeur général :

M. Yves Masse

Direction des services professionnels :

D^{re} Hélène Daniel

Direction des soins infirmiers, des pratiques professionnelles du programme Santé physique:

M^{me} Micheline Ulrich

Direction des ressources humaines :

M. Yves Laliberté

Direction des ressources financières et informatiques :

M^{me} Michelle Harvey

Direction des services techniques et des installations matérielles :

M. André Parisé

**Direction du programme Famille-Enfance-Jeunesse,
Santé mentale et Santé publique :**

M^{me} Louise C. Laurier

**Direction du programme Personnes en perte
d'autonomie liée au vieillissement – déficience
physique PPALV-DP :**

M^{me} Lise Fréchette

Comités

Comité exécutif

M^e Marie-Claude Jarry, présidente
M. Yves Masse
M^{me} Gertrude Pellerin

Comité de vérification

M. Roy Bhimpaul
M. René Carignan, président
M. Michel Dubois
M^{me} Michelle Harvey
M. Yves Masse

Comité d'immobilisation et d'équipements

M. Jajdiesh Singh Bhimpaul
M. Michel Dubois, président
D^r Jean-Pierre Hamel
M. Yves Masse
M. André Parisé

Comité de révision

D^r Jean-Louis Beaudoin
D^r Claude A. Fortin
D^r Léo Nobert
M^{me} Micheline Rouleau, présidente

Comité d'éthique clinique

D^r Jean-Guy Bonnier
M^{me} Lynne E. Desmarais, présidente
D^{re} Lilianne Fortier
M^{me} Espérance Gasherebuka
M^{me} Michelle Harvey
M^{me} Louise C. Laurier
M^{me} Danie Ouellette
M^{me} Gertrude Pellerin
M^{me} Lucille Roy
M^{me} Christine Royale

Comité ressources humaines

M. Mohamad Allam
 M^{me} France Hébert
 M. Yves Laliberté
 M. Yves Masse
 M^{me} Micheline Rouleau, présidente

Comité du règlement de régie interne

M^e Alain Barrette
 M^e Marie-Claude Jarry, présidente

Comité de vigilance et de la qualité des services

M^{me} Micheline Béland, présidente
 M. Edmond Blanchard, vice-président
 M^{me} Charlotte L'heureux-Lemieux
 M. Yves Masse
 M^{me} Micheline Rouleau

Comité de gestion des risques et de la qualité

M^{me} Isabelle Brault, présidente
 D^{re} Hélène Daniel
 M^{me} Lynne E. Desmarais, secrétaire
 M^{me} Julie Desrochers
 M^{me} Lise Fréchette
 D^r François Langlais
 M^{me} Louise Laurier
 M. Yves Masse
 M. André Parisé
 M^{me} Anne-Marie Richer
 M^{me} Françoise Sigouin
 M^{me} Micheline Ulrich

Les types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique

C DIFFICILE	Deux nouveaux cas d'éclosion durant l'année
SARM	(Staphylocoque doré résistant à la méthicilline): Aucun nouveau cas d'éclosion durant l'année.
ERV	(Entérocoque résistant à la vancomycine): Aucun nouveau cas d'éclosion durant l'année.

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

M^{me} Josée Fortin
 M. Yves Masse
 M^{me} Anne-Marie Richer, présidente
 M^{me} Francine Sigouin
 M^{me} Johanne Trudel, vice-présidente
 M^{me} Micheline Ulrich

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

M. Mohamad Allam
 M^{me} Marie-Julie Chartrand
 M^{me} Julie Desrochers, présidente
 M^{me} Julie Dumaine
 M^{me} Nathalie Dupont
 M^{me} Mélanie Martin, vice-présidente
 M. Yves Masse

Comité des usagers

M^{me} Micheline Béland, présidente
 M^{me} Micheline Corneliusen
 M^{me} Lise Fréchette
 M^{me} Réjeanne Lagueux
 M. Richard Lanoue
 M^{me} Merilyne Ng Ah Chey
 M^{me} Lucille Roy, vice-présidente
 M. Jean Poirier
 M^{me} Claudette William

Faits saillants du comité des usagers

- ⇒ Le comité s'est assuré de remettre un dépliant à chacun des résidents;
- ⇒ Dorénavant, un guide d'accueil dans lequel un dépliant avec les coordonnées du comité des usagers est inséré est remis à chaque nouveau résident.
- ⇒ Des rencontres sociales avec les résidents et leur famille ont donné une autre occasion de renseigner les résidents. Le comité des usagers a participé au dîner de Noël et a assisté aux concerts dans les différentes installations de notre CSSS.
- ⇒ Le comité des usagers a participé au sondage de la qualité dans les installations du CSSS. Les résidents ont été heureux de pouvoir faire part de leur point de vue sur différents sujets concernant leur résidence. Par cela, le comité a pu identifier les points faibles (le manque de loisirs les soirs et les fins de semaine) et les points forts (les bons soins donnés par les employés, le respect et la douceur remarquable envers les résidents de la part des employés).

Rapport concernant les préoccupations individuelles et collectives des usagers

Les préoccupations individuelles et collectives de nos résidents restent encore les repréailles et la nourriture dans nos différents centres. Les résidents sont vulnérables. Notre présence et notre écoute sont nécessaires et appréciées.

Comité exécutif du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens

D^{re} Marie Barette
 D^{re} Éline Bérubé
 D^{re} Hélène Daniel
 D^{re} Lorraine Dontigny
 D^{re} Catherine Duong, vice-présidente
 D^r Patrick Godet
 D^r François Langlais, président
 M. Yves Masse
 D^r Duncan Schellenberg
 D^{re} Caroline Thibault

Résolutions du C.M.D.P. entérinées par le conseil d'administration du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

- De nouvelles demandes de nominations, des modifications de statut et privilèges, des congés sabbatiques ainsi que des démissions ont été soumis au conseil d'administration et le suivi a été assuré auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- La politique suivante a été soumise au conseil d'administration :
 - ⇒ Politique sur le bilan comparatif des médicaments.
- Les dossiers suivants ont été entérinés par le C.M.D.P. et le suivi a été fait par la suite auprès des personnes concernées :
 - ⇒ Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)
 - ⇒ Ordonnance collective *Initier un écouvillonnage nasopharyngé pour la détection du virus influenza*
 - ⇒ Ordonnance collective *Évaluation et orientation de la clientèle présentant un syndrome d'allure grippale (SAG) à la clinique de grippe*
 - ⇒ Procédure du «*Time Out*»

Départements cliniques

Nomination de la chef du département de pharmacie

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique a supervisé les activités des sous-comités, notamment en assurant la transmission des conclusions d'étude et recommandations au comité exécutif du C.M.D.P. et le suivi a été fait par la suite auprès des personnes concernées.

Les sous-comités ont tenu treize réunions durant l'année, soit deux en comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique, trois en médecine, deux en périnatalogie, deux en chirurgie, deux en gynécologie et deux en anesthésie.

Chefs de département du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

- D^r Émile Badro, chef du département de chirurgie
- D^r Jean-François Courval, chef du département d'anesthésie-réanimation
- D^{re} Catherine Duong, chef du département de médecine générale
- D^r Francis Engel, chef des départements d'obstétrique-gynécologie et de pédiatrie néonatale
- D^{re} Marie Jolivet, chef du département de biologie médicale
- D^r Henry-David Lapin, chef du département de médecine spécialisée
- D^{re} Mathangi Ramani, chef du département de radiologie
- M^{me} Maude Villeneuve, chef du département de pharmacie

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Préambule

L'administration d'un établissement public représente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler dans le présent Code d'éthique et de déontologie les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.

A. Objectif général et champ d'application

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- traite des mesures de prévention, des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

B. Définitions

Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

«**ADMINISTRATEUR**» désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé.

«**CONFLIT D'INTÉRÊTS**» désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.

«**ENTREPRISE**» désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement.

«**PROCHE**» désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

C. Devoirs et obligations de l'administrateur

L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions :
Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie. À cette fin, l'administrateur :

- Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;
- S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
- S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active. À cette fin, l'administrateur :

- Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

- S'assure de bien connaître et de suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

Neutralité

- Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discretion

- Fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

- Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibée par la loi.
- Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

Agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

- Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.
- Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

- Évite des conflits de devoirs ou d'intérêts.

L'administrateur, autre que le directeur général, et les conflits d'intérêts

- Autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou

indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

Le directeur général et les conflits d'intérêts

- Ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

- Doit, comme directeur général, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
- Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

L'exclusivité de fonctions du directeur général

- Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction.

Il peut toutefois occuper un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service si aucune rémunération ou aucun avantage quelconque, direct ou indirect, ne lui est accordé de ce fait.

Le directeur général peut de même, avec l'autorisation du conseil d'administration, occuper hors du domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé.

Il peut aussi, avec l'autorisation de l'Agence et du conseil d'administration, occuper dans le domaine de la santé et des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé. Toutefois, seule l'autorisation du conseil d'administration est requise s'il s'agit d'une charge ou d'une fonction occupée au sein d'une association regroupant la majorité des établissements exerçant des activités propres à la mission de centres de même nature ou au sein d'une association de directeurs généraux des services de santé et des services sociaux reconnue par décret à des fins de relations de travail ou au sein d'un organisme d'agrément des établissements.

Il peut aussi, à la demande du ministre, exercer tout mandat que celui-ci lui confie.

Il peut également occuper une charge publique élective.

Biens de l'établissement

- Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

- Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

- Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou au bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment est considéré comme un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

- Ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.
- Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

- Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

- S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.
- S'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
- S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

L'administrateur, après la fin de son mandat

Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté.

À cette fin, l'administrateur :

- Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

- Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
- Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
- Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

D. Mécanismes d'application du code

Introduction d'une demande d'examen

- Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du Comité d'éthique et de déontologie ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants.

Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

Examen sommaire

- Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

- Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

- Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au conseil

- Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

Décision

- Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Sanctions

- Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

E. Engagements

- Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.



**Centre de santé et de services sociaux
de Dorval-Lachine-LaSalle**